

Solicitud de Verificación de Ingresos o Negación de Verificación de Ingresos

Fecha: _____

Nombres de los padres: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Nombre del niño(a): _____

Número de CBIS del niño/de la niña (*Favor de preguntarle a su coordinador de servicios si usted no sabe esto*): _____

Marque la casilla que le aplique a usted y siga las instrucciones:

- Quiero que sean verificados mis/nuestros ingresos para la Cuota Familiar de Primeros Pasos por parte de la oficina central de Primeros Pasos, y adjunto la siguiente información:
1. Número de miembros en el hogar _____
 2. Copia del formulario de impuestos 1040, 1040A, o 1040EZ más recientes o los cuatro (4) comprobantes de pago consecutivos más recientes que indican mis/nuestros ingresos brutos ajustados anuales.

O

- Me niego a verificar mis/nuestros ingresos. Entiendo que seré valorado \$100 al mes de Cuota Familiar por negarme a verificar mis/nuestros ingresos.

Firma: _____

Parentesco con el niño(a): _____

Envíe el formulario y materiales adjuntos al: Family Share Administrator, Department for Public Health, Adult and Child Health Improvement - First Steps, 275 E. Main Street - HS 2WC, Frankfort, KY 40621.

For Office Use Only	
Date Received: _____	Processed by: _____
Family Share Category: _____	cc: CBIS